
Powszechna wyjątkowość wywiadu z rodziną

Wojciech Drath

Wstęp

Rozdział ten jest próbą opisu idiograficznych aspektów wywiadu poprzedzającego terapię rodziny. Moim zamiarem jest zbadanie z jednej strony tego, co dla terapeutów wynika z postulatów idiografizmu, a z drugiej strony tego, co terapeutyczna praktyka wnosi do warsztatu badacza. Taka kliniczna ilustracja może być dla czytelnika okazją do poszerzania idiograficznej świadomości – rozumianej jako zdolność badacza (i terapeuty jako szczególnego rodzaju badacza) do rozpoznawania i wykorzystywania napięcia między powszechnymi prawami, zasadami i teoriami a niepowtarzalnością każdej rodziny i każdego spotkania terapeutycznego czy badawczego.

Już samo istnienie pojęcia „wywiad z rodziną” sygnalizuje pewien wymiar powtarzalności w tym skądinąd wyjątkowym wydarzeniu spotkania. Owa powtarzalność to, jak się wydaje, pewien rodzaj umowy społecznej i tradycji wskazującej, co robić w pewnych życiowych sytuacjach, oraz określającej zobowiązania i prawa każdej ze stron uczestniczących w takim spotkaniu.

Wywiad z rodziną, jak każde ludzkie spotkanie, jest jednocześnie spotkaniem tego, co ludziom wspólne, z tym, co dla tych osób indywidualne. Jest też spotkaniem przekonań na temat świata, rodziny i siebie samego każdego z członków rodziny z przekonaniami, jakie na te same tematy oraz na temat funkcjonowania rodzin i pomagania rodzinom ma terapeuta (lub dwóch terapeutów, a czasem jeszcze zespół reflektujący). Dodatkowo jest to spotkanie kilku zupełnie niepowtarzalnych osób, o zróżnicowanym widzeniu świata, rodziny i siebie samych. Każda z nich na swój własny sposób integruje różne, po części społecznie współdzielone czy współtworzone, teorie. Wielokrotnie, na różnych poziomach spotyka się więc powszechne z wyjątkowym. Powszechnie podzielany jest podstawowy podział ról w takim spotkaniu – uważa się, że rolą terapeuty jest pomóc rodzinie. Co to jednak znaczy „pomóc” i jak to robić? Tu już kończy się oczywistość, a rodzą wątpliwości. Na różne sposoby próbuje się nazwać to, co wspólne w pomaganiu rodzinom,

co uprawnia nas do używania tego samego słowa do oznaczania kierunków działań wielu terapeutów pracujących z tak wieloma rodzinami.

Jest więc jakaś powtarzalność, będąca następstwem atrybucji dotyczących ról zawodowej, i jest wyjątkowość, wynikająca ze spotkania człowieka z człowiekiem. W niniejszym rozdziale próbuję opisać wzajemny wpływ tych dwóch stron – powtarzalności i wyjątkowości, oraz wyzwania, jakie ta współzależność stawia przed klinicystą.

1. Czym właściwie jest wywiad?

Spośród pięciu znaczeń słowa „wywiad”, jakie podaje internetowy *Słownik języka polskiego PWN*, najbliższe klinicznemu wywiadowi z rodziną wydaje się następujące określenie: „rozmowa lekarza z chorym mająca na celu zebranie informacji o jego problemach zdrowotnych i warunkach środowiskowych” (<http://sjp.pwn.pl>). Funkcję lekarza pełniłby tu terapeuta rodzinny, a odpowiednikiem chorego byłaby rodzina.

Lekarz, przeprowadzając wywiad z chorym, szuka tego, co umożliwia połączenie indywidualności konkretnej spotykanej osoby z powszechną wiedzą medyczną. W obszarze chorób somatycznych zwykle możliwe jest jednoznaczne przyporządkowanie trudności konkretnej osoby do jednej lub kilku kategorii diagnostycznych. To umożliwia wdrożenie procedur leczniczych. Wywiad jest więc wstępem do leczenia.

Terapeuta nie jest jednak zawsze lekarzem, a rodzina nie jest osobą chorą (choć terapeuta może być jednocześnie lekarzem, a rodzina może przyjść za troskana o chorego). Analogia jest wyraźna, ale potraktowanie jej dosłownie może prowadzić do przeoczenia istotnych różnic.

Różnice te dotyczą przede wszystkim zaangażowania w proces pomagania. O ile w medycynie somatycznej od pacjenta oczekuje się przede wszystkim podporządkowania zaleceniom lekarzy, o tyle już w obszarze psychiatrii, a jeszcze wyraźniej – w terapii rodzin, rola pacjenta jest zwykle znacznie bardziej aktywna. Terapeuta nie jest zazwyczaj tym, który rozpoznaje chorobę i przepisuje sposób uwolnienia się od niej. Jest raczej partnerem, który wspiera rodzinę w procesie zmiany. Ta odmienność ról wiąże się także z odmiennym znaczeniem wywiadu w praktyce terapii rodzin. Dalsze rozważania będą próbą opisu tej odmienności.

2. Powszechne i wyjątkowe

Wspólne tworzenie wywiadu przez terapeutę i rodzinę możliwe jest dzięki wspomnianej w tytule powszechnej wyjątkowości. Powszechność jest możliwa z racji wspólnoty ludzkich doświadczeń. Powszechność jest konieczna, aby móc korzystać z kumulowanej wiedzy. Dzięki temu można się uczyć psychoterapii, w pewnym stopniu także z książek i wykładów. Wyjątkowość jest jednak nieunikniona. Każda rodzina jest inna i nawet jeśli jej członkowie podejmują powszechnie znane role, to każdy na swój własny sposób, dokonując własnych wyborów, na własną odpowiedzialność.

Rolę terapeuty wobec takiej powszechnej unikatowości trafnie określiła Anna Gałdowa w książce *Powszechność i wyjątek*:

Skuteczność działania psychologa sprowadza się do możliwości przybliżenia człowiekowi świadomości jego niepowtarzalności, a w związku z tym konieczności podjęcia samodzielnej decyzji, uświadomienia mu, że żadna istotna pomoc z zewnątrz (z psychologii) nie przyjdzie, że musi on sam dokonać czegoś „wewnątrz własnego istnienia” (Gałdowa, 1995, s. 43).

Terapeuta musi uznawać powszechność, aby móc korzystać z wiedzy, i jednocześnie powinien uwzględniać wyjątkowość, by nie używać wiedzy jako narzędzia przemocy. Kiedy spotyka na przykład rodziców bezradnych wobec buntowniczych zachowań nastolatka, może się odnieść do wiedzy o powszechności kryzysów w cyklu życia rodziny i konieczności modyfikacji w systemie rodzinnym w związku ze zmieniającymi się potrzebami i możliwościami dziecka. To odniesienie do powszechnej wiedzy musi być jednak podporządkowane wyjątkowości tej konkretnej rodziny – dla jednej rodziny dorastanie nastolatka jest okazją do dumy, dla innej – bardziej do żałoby z powodu „utruty” małego dziecka i zbliżającego się etapu „pustego gniazda”. To powszechne wyzwanie, jakim jest dorastanie dziecka, za każdym razem odbywa się w innej konstelacji rodzinnych lojalności i jest częścią innej historii, nadającej temu wyzwaniu znaczenia. Jeśli terapeuta tego nie uwzględni, to mówiąc: „proszę się nie martwić, on musi się teraz buntować, żeby się usamodzielnic, to normalne”, zaniedbuje wyjątkowość i uznaje, że wie lepiej. Narzuca swój system wartości, w którym indywidualny rozwój jest ważniejszy niż stabilność wspólnoty. W rezultacie nie dowiaduje się nawet, co ten – zdawałoby się – powszechny problem znaczy dla ludzi, z którymi rozmawia.

Rozpoczynając spotkanie, wnoszę weń pewien wstępny schemat rozmowy – ramę zbudowaną z tego, co w terapii powszechne – teorii psychologicznych, systemów diagnostycznych i technik terapeutycznych. Wiem, że zapytam o powód przyjsia, o oczekiwania, o to, kto chciał przyjsić, kto nie.

Zakładam, że będę się przyglądał komunikacji, historii rodziny, regułom porządkującym jej funkcjonowanie, zobowiązaniom wobec rodzin pochodzenia. W podanym wyżej przykładzie spotkania z rodziną z nastolatkiem rama pozwala zobaczyć szczegóły obrazu, które umykają uwadze członków rodziny – choćby trudności pary małżeńskiej przysłaniane przez integrujące rodziców buntownicze zachowania syna.

W tej ramie jednak za każdym razem pojawiają się inne obrazy. Rama ogranicza, ale i wydobywa z tła. Świadomość istnienia ramy i jej charakteru pozwala terapeutcie, z jednej strony, być bardziej elastycznym, a z drugiej – bardziej stabilnym w pracy. Jeśli na przykład jestem świadom, że moja rama zbudowana jest między innymi na założeniu, że ważniejsze jest zdobycie autonomii przez dziecko niż przekazanie kolejnym pokoleniom wartości wyznawanych przez rodziców, to mogę do pewnego momentu opierać się na tym założeniu, ale też mogę je zawiesić, jeśli staje się ono przeszkodą w zrozumieniu innej perspektywy. Aby to zrobić, muszę uznać, że moje założenie jest tylko moim założeniem – muszę spojrzeć spoza ramy, jeśli rama odcina jakiś podstawowy aspekt problemu.

Czasem można zapomnieć, że rama nie jest obrazem. Gdy pamiętam, z czego wynika rama, co ją stanowi i czemu służy, to korzystam z niej sprawnie i efektywnie. Gdy zapominam, trzymam się jej kurczowo i sztywno z lęku przed błędem. Uczono mnie, na przykład, że ważne jest, by w terapii uczestniczyła cała rodzina mieszkająca razem. To ważna zasada, pozwalająca nawiązać dialog między skonfliktowanymi członkami systemu i zobaczyć aktualną sytuację z różnych perspektyw. Wiele rodzin nie mogło jednak skorzystać z pomocy, bo nie uznawałem ich decyzji co do obecności na sesji za informację pomocną w terapii, tylko traktowałem jako jej warunek. Pomocna zwykle zasada stawała się przeszkodą, kiedy traktowałem ją literalnie, zamiast podążać za jej duchem.

Irvin Yalom w książce, której podtytuł brzmi *List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów*, wyraża swe obawy przed rosnącymi naciskami na standaryzację psychoterapii i wstręt do nich:

Jednym z najbrzydlivszych płodów zorganizowanej służby zdrowia jest coraz większe poleganie na terapii protokolarnej, w której od terapeutów żąda się przestrzegania z góry zaleconej sekwencji, rozkładu zajęć i ćwiczeń, które należy przeprowadzić każdego tygodnia (Yalom, 2003, s. 32).

Jako przeciwwagę dla tendencji standaryzujących narzucanych przez systemy zarządzania służbą zdrowia Yalom proponuje postawę skrajnie przeciwną, zgodnie z którą „terapeuta powinien dążyć do stworzenia nowej terapii dla każdego pacjenta” (Yalom, 2003, s. 31).

„Nowa terapia” powstaje właśnie na styku powszechnego i wyjątkowego. Spotykając się z rodziną, za każdym razem na nowo podejmuję próbę dialogu między tym, co uniwersalne, a tym, co wyjątkowe. Terapeuta wnosi w spotkanie kliniczną wiedzę powszechną (teorie, systemy diagnostyczne, techniki) oraz to wszystko, co składa się na jego niepowtarzalną historię, której zawdzięcza indywidualną wrażliwość i niewrażliwość. Rodzina wnosi swoje podobieństwo do innych – wypływające z uczestnictwa w jednej kulturze i stawania wobec uniwersalnych dylematów egzystencjalnych – oraz swoją unikatowość. W każdej rodzinie to, co powszechne i wspólne, splata się z tym, co wyjątkowe i niepowtarzalne.

Ważnym wymiarem odniesienia wywiadu do powszechności jest diagnoza. Jej postawienie może przynieść zarówno istotne korzyści, jak i zagrożenia. O korzyściach można przeczytać choćby u Jürga Williiego, który widzi w niej swego rodzaju kompas lub punkt odniesienia:

Terapeuta, jeśli nie chce podczas terapii zagubić się w dżungli wzajemnych oskarżeń, powinien sprowadzić przedstawiony mu przez partnerów materiał do wspólnego mianownika, czyli do formuły określającej nieświadomy konflikt podstawowy w ich związku (Willi, 2012, s. 83).

Z kolei o zagrożeniach płynących z diagnozy, choć w kontekście terapii indywidualnej, pisze Irvin Yalom:

Postawienie diagnozy ma niewątpliwie zasadnicze znaczenie w leczeniu wielu poważnych schorzeń uwarunkowanych biologicznie (...), przynosi jednak efekt przeciwny do zamierzonego w przypadku zwykłej psychoterapii pacjentów znacznie mniej zaburzonych.

Dlaczego? Po pierwsze psychoterapia to stopniowo przebiegający proces, podczas którego terapeuta próbuje możliwie najpełniej poznać pacjenta. Diagnoza ogranicza pole widzenia; zmniejsza zdolność traktowania innego człowieka jako osoby. Kiedy już postawimy diagnozę, mamy tendencję do selektywnego pomijania tych aspektów pacjenta, które do tej konkretnej diagnozy nie pasują i, odpowiednio, przywiązywania nadmiernej wagi do tych subtelnych cech, które zdają się pierwotną diagnozę potwierdzać. Ponadto diagnoza może działać jako samospełniająca się przepowiednia (Yalom, 2003, s. 4).

Celem tego rozdziału nie jest nakłanianie do porzucania diagnozy, ale pokazanie, że terapeuta jest skazany na wytrzymywanie napięcia między powszechnością diagnozy, teorii i techniki, a wyjątkowością konkretnego człowieka i konkretnej rodziny. Co więcej, że to napięcie jest bardzo pożyteczne. Ono właśnie napędza proces doskonalenia terapeutycznych narzędzi i motywuje terapeutów do rozwoju – uczy ich pokory, empatii i uważności.

Sam doświadczam tego najmocniej, kiedy poznawszy jakąś nową technikę terapeutyczną, ulegam pokusie zastosowania jej na pierwszej nadchodzącej sesji, nie bacząc na to, co dzieje się w procesie terapeutycznym. Jedną z pa-

cjentek użyła kiedyś metafory „złotego klucza” na określenie poszukiwanych przez nią nieustannie uniwersalnych sposobów na życie. Kiedy zapominam o napięciu między powszechnym a wyjątkowym, techniki terapeutyczne stają się „złotym kluczem”, który im bardziej błyszczący i wydaje się pasować do każdego zamka, tym bardziej nie otwiera żadnego.

3. Wywiad jako postawa

Jeśli terapeuta zda sobie sprawę, że wywiad nie jest tylko zbieraniem informacji, poznawaniem i zapisywaniem rzeczywistości, że jest on jednocześnie oddziaływaniem na świat, który poznaje, wyrażaniem pewnej postawy wobec niego i zaproszeniem, by przejrzał się w pewnych kategoriach pojęciowych, to warto, by był świadom tego, co proponuje rodzinie, kiedy zadaje jej pytania i dzieli się tym, co słyszy.

Jak pisze Małgorzata Opoczyńska: „Język psychiatrii nie odzwierciedla szaleństwa, ale wypowiada wobec niego postawę” (Opoczyńska, 2007, s. 142). Jaką postawę wypowiadają moje pytania zadawane w wywiadzie? Co mówię, kiedy słucham?

Wskazówek w tej sprawie mogą udzielić formularze stosowane w instytucji do formatowania zapisów wywiadu. Formularz przewiduje pewne stałe miejsca: dane osobowe, wiek, szkoła, wstępny genogram – struktura rodziny, wiek, imiona, wykształcenie... „Zgłaszany problem” – to sformułowanie sugeruje pozostanie przy języku zgłoszenia, języku rodziny, ale brzmi w tym także możliwość, że problemem jest co innego niż „zgłaszany problem”. Co? Tego możemy się domyśleć dzięki innemu formularzowi – zatytułowanemu „arkusz diagnostyczny” – tam przewidziano miejsce na diagnozę – czyli nie „zgłaszany” problem, ale diagnozowany – rozumiany przez terapeutów, definiowany przez system instytucji terapeutycznej. Różnica między tymi dwoma formularzami pozwala zobaczyć, co się dzieje na styku tego, co indywidualne, z tym, co społecznie konstruowane. Jako problemy zgłaszane możemy wskazać na przykład: „agresywne zachowania syna”, „opuszczanie lekcji”, „konflikty między rodzeństwem”. W arkuszu diagnostycznym pojawiają się natomiast takie pojęcia, jak: „koalicje”, „granice”, „podsystemy”. Język rodziny jest zastąpiony lub uzupełniony językiem technicznym. Wypełniając pole „diagnoza”, często zastanawiam się nad tym, w jakim stopniu mogę pozostać przy sformułowaniu podanym przez rodzinę, a jeśli nie mogę, to dlaczego. Diagnoza jest opisem podporządkowanym celowi i narzędziem do tego celu prowadzącym. Diagnoza zapisana w formularzu diagnostycznym jest zorientowana na zaplanowanie terapii, ale też pisana pod kątem oczekiwań insty-

tucji nadzorującej, która może kategorie diagnostyczne narzucać, uznawać za prawomocny jedynie język techniczny. Wypełniając arkusz diagnostyczny, wpisuję więc niepowtarzalność konkretnej rodziny w kategorii „uprawomocnione” przez teorie lub systemy diagnostyczne. Kiedy rozmawiam z rodziną, to słucham jej uchem „wyposażonym w koncepcje diagnostyczne” – co z jednej strony jest szansą, bo mogę usłyszeć ważne rzeczy niesłyszalne dla jej członków, a z drugiej strony – zagrożeniem, że nie usłyszę tego, co dla nich ważne, i będę zbyt daleko od ich rozumienia. Aby znaleźć optymalną różnicę między moją diagnozą a diagnozą rodziny, ugłaszam moją diagnozę, dzieląc się swoim rozumieniem z rodziną bądź z drugim terapeutą w jej obecności. Wtedy mogę się znaleźć pośrodku – między systemem diagnostycznym, teoriami, systemem instytucji, w której pracuję, a systemem rodzinnym, któremu staram się pomóc. Jeśli moja diagnoza jest zrozumiała dla rodziny, to mam wrażenie, że na chwilę uchwyciłem jej powszechną wyjątkowość.

Próbując nazwać postawę, jaką komunikuję rodzinie, rozmawiając z nią po raz pierwszy, znajduję takie słowa, jak: „rozumiejący”, „przychylny”, „zaciekawiony”, ale też czasem „mocniejszy”, „mądrzejszy”, „wiedzący lepiej”, „wiedzący, co jest ważne”. Kusi protekcyjność, zwłaszcza że rodziny, podobnie zresztą jak pacjenci indywidualni, chętnie uznają terapeuta za wiedzącego lepiej i może nawet nie sposób bez tego się obejść. Gdyby nie to, nie przyszliby po pomoc.

Jürg Willi, tak pisze o tym w książce *Terapia pary*:

Wielu pacjentów potrzebuje uczucia, że terapeuta lub lekarz jest kimś stojącym wyżej, wolnym od błędów, gdyż tylko to wyobrażenie pozwala im poddać się niebezpiecznemu procesowi terapii lub leczenia. Terapeuta stara się nie sprawiać wrażenia, że jest kimś więcej, niż jest, a pacjent mu na to nie pozwala. Nietrudno mi to zrozumieć: jeśli muszę poddać się operacji, nie chcę usłyszeć od chirurga, że nie czuje się w pełni gotowy do jej przeprowadzenia (Willi, 2012, s. 360).

Pokusa jest silna dla obu stron, ale też znane są związane z tym pułapki – oddanie odpowiedzialności terapeutce, regresja, osłabienie rodziny, przyjęcie „roli pacjenta”, z którym coś trzeba zrobić. Najostrzej wyraził to pewien człowiek, prosząc, by „zrobić mu szybkie pranie mózgu”.

Terapeuci nurtu postmodernistycznego twierdzą, że możliwe i pożyteczne jest rozmawianie z rodziną z perspektywy „bycia informowanym” i celowe utrzymywanie się terapeuty w tak zwanej „pozycji niewiedzy”.

Jak piszą Szymon Chrzastowski i Bogdan de Barbaro:

Niewiedzenie w terapii polega na tym, że zaciekawiony terapeuta pyta klienta o różnego rodzaju wyjaśnienia dotyczące jego [klienta] reakcji, przekonań, odczuć. Terapeuta (...) nie chce wiedzieć zbyt szybko. Jest zainteresowany tym, jaką wiedzę do terapii wnosi sam klient (Chrzastowski, de Barbaro, 2011, s. 82).

Wywiad przestaje wtedy być wstępem – zdobyciem przez terapeutę wiedzy, by wybrać właściwą interwencję, ale staje się przestrzenią budowania wspólnej wiedzy. Wywiad terapeuty – eksperta od niewiedzenia – z rodziną – ekspertem od siebie samej – staje się dialogiem, w którym, owszem, powstaje wiedza, ale wiedza wspólna. Jest to więc nie tyle wy-wiedzenie się terapeuty co wy-wiedzenie się tego poszerzonego systemu rodzina + terapeuta. Jako taki, wywiad ten toczy się przez cały proces terapii, i to nie tylko w trakcie sesji, ale także pomiędzy nimi – kiedy rodzina przez dialog między jej członkami „do-wiaduje” się kolejnych informacji o samej sobie.

W takim wywiadzie rolą terapeuty nie będzie więc wyciąganie brakujących elementów układanki, by ułożyć z nich rozwiązanie. Terapeuta występuje raczej jako „artysta dialogu”, którego sztuka polega na tworzeniu warunków umożliwiających rodzinie wzajemne zrozumienie i zmianę.

4. Współtworzenie wywiadu

Harlene Anderson – terapeutka, która nazywa swoją działalność „praktykowaniem współpracy”¹ – określa cel swoich praktyk jako: „Tworzenie relacji i rozmów, które pozwalają wszystkim uczestnikom dotrzeć do ich kreatywności i rozwinąć możliwości tam, gdzie wydawało się, że ich nie ma”².

Jeśli tak pomyślimy o wywiadzie z rodziną, to wyraźnie zmieni się sposób słuchania i zadawania pytań. Zmodyfikuje się też cel wywiadu, rolę terapeuty i wagę różnych jego elementów. Mniej ważne stanie się to, do jakich kategorii terapeuta potrafi zakwalifikować relacjonowane przez rodzinę zdarzenia. Ważniejsze, czy potrafi utrzymać sceptycyzm wobec swojej wiedzy i traktować język jako „twórczy proces społeczny”. Wtedy terapeutyczne rozmowy staną się

spontanicznymi działaniami, w których klient i terapeuta wspólnie wyznaczają ścieżki i określają cel. Wspólne dzieło jest czymś innym i czymś większym niż to, co każdy z nich mógłby stworzyć z osobna. W tego rodzaju spontanicznej aktywności zawsze pozostaje niepewność: dokąd zmierzamy i jak tam dojdziemy (Anderson, 2009).

Niepewność nie jest wartością powszechnie cenioną w świecie nastawionym na skuteczność. Pewność jest znacznie bardziej kusząca dla osób pełniących funkcję specjalistów od zmiany. Pragnienie pewności tworzy eksperta –

¹ W oryginalne: *collaborative practices*, www.harleneanderson.org (dostęp: 7.01.2013).

² W oryginalne: *Creating relationships and conversations that allow all participants to access their creativities and develop possibilities where none seemed to exist before*, www.harleneanderson.org (dostęp 7.01.2013).

jako posiadacza i szafarza pewności i skuteczności. Tymczasem pewność nie jest stałą towarzyszką terapeuty, nawet w indywidualnej terapii zakorzenionej w jednym paradygmacie. Jak pisze Donald Winnicot: „Interpretując, analityk pokazuje nie tylko, jak dużo, ale także jak mało rozumie z tego, co pacjent mu komunikuje” (Winnicot, 2011, s. 106). Terapeuci rodzinni z niepewnością oswojeni są jeszcze bardziej, ich praca bowiem polega w dużej mierze na zdolności do ciągłego zmieniania punktów widzenia.

Wartość podważania pewności można wyraźnie zobaczyć na przykładzie nurtu psychoterapeutycznego zwanego podejściem skoncentrowanym na rozwiązaniu (ang. *solution focused approach*), które opiera się na zakwestionowaniu jednej z podstawowych dotąd zasad terapii – założenia o ścisłym związku między problemem a rozwiązaniem. Steve de Shazer, jeden z twórców tego podejścia, zwraca uwagę, że tradycyjnie struktura pomagania jest oparta na schemacie rozwiązywania problemów. Rozwiązanie jest rozwiązaniem problemu (w języku polskim jest to nawet to samo słowo, w angielskim jest różnica między *solution* a *solving* – może dzięki temu łatwiej jest zobaczyć różnicę). Aby więc znaleźć rozwiązanie, badamy problem. Działamy według schematu: opis problemu – ocena problemu – planowanie interwencji – interwencja – ewaluacja i kontynuacja (McMahon, za: Jong, Berg, 2007). Aby nauczyć się rozwiązywać problemy, nabywamy wiedzę ekspercką na temat problemów, ich źródeł i sposobów rozwiązywania.

Na pierwszy rzut oka schemat wydaje się zdroworozsądkowy, a nawet brzmi jak „jedynie słuszny”. Czy jednak rzeczywiście sprawy, z którymi rodziny przychodzą do terapeutów, są tak podobne do technicznych zagadek wymagających znalezienia rozwiązania, czy też my je takimi czynimy właśnie w procesie wywiadu. Czy są to, jak pisze Opoczyńska: „Tajemnice – przerażające na problem”? (Opoczyńska, 2007, s. 221).

Wywiad można w tym kontekście zobaczyć jako nie tylko procedurę techniczną, ale także pewien rytuał przejścia przemieniający tajemnice w problemy, to, co nieznane i niezgłębione, w jasne i rozwiązywalne. Można jednak również, i to wydaje się nawet cenniejsze, znaczenie tego rytuału zobaczyć nie w płaszczyźnie informacji i wiedzy, ale w płaszczyźnie relacji. Chodzi o to, że w tym pierwszym spotkaniu zawiązuje się nowa relacja i w pewnym sensie wszyscy robią wywiad – nawzajem badając, czy potrafią wspólnie stworzyć zespół, który w jakiś sposób sprosta wyzwaniu, jakie stawia życie.

Kiedy przychodzi do terapeuty matka z pytaniem, czy mówić nastoletniemu synowi, że jego ojcem jest inny mężczyzna, niż ten, który go wychowuje; kiedy dorosła córka chce nawiązać na nowo kontakt z molestującym ją w dzieciństwie ojcem; kiedy małżeństwo wciąż oscyluje między sielanką a horrorem... Czy są to choroby, czy problemy do rozwiązania? Czy terapeuta ma ich leczyć, czy uczyć rozwiązywania? A może żadna z tych dróg nie

jest „tą właściwą”. Może obie są tylko metaforami, które ułatwiają terapeutom wytrzymanie spotkania z dramatem drugiego człowieka, konfrontacji z tym, co Yalom za Paulem Tillichem nazywa troskami ostatecznymi – ze śmiercią, izolacją, sensem życia i wolnością... (Yalom, 2003, s. XXVII).

Nie można wyleczyć żałoby, zmienić traumatycznej przeszłości, stworzyć związku pozbawionego cierpienia. Terapeuta może schronić się przed tą bolesną świadomością w teorii i klasyfikacji, ale wtedy w jakiś sposób opuszcza scenę dramatu. Może też być pierwszą osobą, która jest w stanie o tym rozmawiać i swoją gotowością dodać rodzinie odwagi. Kiedy wywiad toczy się w takiej perspektywie, wtedy zadaniem terapeuty nie jest przede wszystkim leczenie ani znajdowanie rozwiązań, ale pomoc w zniesieniu tego, co w sposób nieunikniony z życiem związane – w przyjęciu utrat, skończoności i wolności – aby członkowie rodziny mogli odnajdować sens w tym, co ich spotyka, i brać odpowiedzialność za swoją wobec tego postawę.

Uwagi końcowe

Pisząc o wywiadzie z rodziną, chciałem zbadać, jak funkcjonuje w nim napięcie pomiędzy tym, co uniwersalne, powszechne, a tym, co wyjątkowe. Punktem wyjścia było uznanie, że wywiad nie jest tylko procedurą techniczną i że to złudzenie proceduralności i techniczności, jakie daje analogia do wywiadu lekarskiego, jest warte rozwiązania.

Efektem takiego rozwiania jest możliwość zobaczenia istotnych wymiarów spotkania, które ukrywają się pod techniczną formą wywiadu – wymiaru postawy, współtworzenia, dramatu.

Jak pisze Eric Emmanuel Schmitt:

W *Słowniku medycznym* są tylko rzeczy bardzo konkretne, kłopoty, które mogą spotkać tego czy innego człowieka. Nie ma tam nic o sprawach, które dotyczą nas wszystkich, takich jak Życie, Śmierć, Wiara, Bóg (Schmitt, 2012, s. 164).

Pisząc o powszechnej wyjątkowości, myślałem najpierw, że wspólne jest to, co teoretyczne, społecznie skonstruowane, przez pokolenia kumulowane w tradycji. Nie zauważałem, że znacznie bardziej powszechne są egzystencjalne wyzwania, jakie sprowadzają ludzi do terapii. Każdy w swój wyjątkowy sposób mierzy się ze śmiercią, izolacją, szukaniem sensu życia i wolnością.

Techniczność procedury wywiadu może być sposobem na usunięcie z rozmowy tego, co dotyczy nas wszystkich i naszej paradoksalnie wspólnej samotności. Jeśli się jednak uda tego nie usunąć – jeśli się pamięta, uwzględ-

nia i słyszy – techniczne zasady tworzą drogę do poznania tego, co najbardziej ludzkie.

We wstępie wprowadziłem pojęcie świadomości idiograficznej. Warto na koniec wrócić do tego określenia. W świetle tego, co napisałem powyżej, można powiedzieć, że terapeuta-badacz o rozwiniętej świadomości idiograficznej to ktoś, kto potrafi korzystać z teorii i doświadczenia w sposób, który nie oddziela go od wyjątkowej historii właśnie spotkanej rodziny, ale przeciwnie – pomaga mu tę wyjątkowość usłyszeć.

Najlepiej ujęła to moja nauczycielka fizyki ze szkoły podstawowej. Kiedy po kilku latach od skończenia szkoły spotkałem ją, recytującą wiersze, pani Władysława powiedziała mi coś, co do dziś w trakcie wywiadów z rodzinami pomaga mi uznać i wytrzymać powszechną wyjątkowość.

Powiedziała – fizyka jest piękna, ale poezja ważniejsza...

Literatura

- Anderson H. (2009), niepublikowane materiały dla uczestników warsztatu z cyklu „Mistrzowie w Krakowie”, przeprowadzonego w Krakowie 23.10.2009 w ramach konferencji „Psychoterapia wobec przemocy”.
- Anderson H. (2013). *Collaborative Therapy: Responding to the Times*, <http://harlene-anderson.org>, (dostęp: 01.03. 2013).
- Chrzastowski S., de Barbaro B. (2011). *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Gąłdowa A. (1995). *Powszechność i wyjątek*. Kraków: Księgarnia Akademicka.
- de Jong P., Berg I.K. (2007). *Rozmowy o rozwiązywaniach*, przeł. M. Izdebski. Kraków: Księgarnia Akademicka.
- Opoczyńska M. (2007). *Dialog Innych albo inne monologi*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Schmitt E.E. (2012). *Księga o niewidzialnym*, tam opowiadanie: *Oskar i pani Róża*, przeł. B. Grzegorzewska. Kraków: Znak.
- Słownik języka polskiego PWN*, <http://sjp.pwn.pl>, (dostęp: 10.03.2013).
- Willi J. (2012). *Terapia pary*, przeł. M. Szwecow-Szewczyk. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Fundament.
- Winnicott D. (2011). *Zabawa a rzeczywistość*, przeł. A. Czownicka. Gdańsk: Imago.
- Yalom I. (2003). *Dar terapii*, przeł. A. Tanalska-Dulęba. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.